



Universidad Nacional Autónoma
de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Hospital Infantil de México
"Federico Gómez"

ULCERA GASTRODUODENAL EN EL NIÑO
REVISIÓN DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL
INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"
1978 - 1988

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título en
PEDIATRIA MEDICA
presenta

DR. JAIME PENCHYNA GRUB



Directores de tesis:
Dr. Cecilio Belio Castillo
Dr. Gerardo Blanco Rodriguez

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN
 - A.- DEFINICIÓN
 - B.- DATOS HISTORICOS
 - C.- ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA
 - D.- ASPECTOS CLÍNICOS
 - E.- ASPECTOS DIAGNÓSTICOS
 - F.- TRATAMIENTO
- 2.- HIPÓTESIS
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y MÉTODOS
- 5.- RESULTADOS
- 6.- COMENTARIOS
- 7.- COCLUSIONES
- 8.- BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCION

A.- DEFINICIÓN

LA ÚLCERA GASTRODUODENAL PUEDE DEFINIRSE COMO UNA PÉRDIDA CIRCUNSCRITA DE TEJIDO QUE OCURRE EN AQUELLAS PARTES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EXPUESTAS A LA SECRESIÓN ÁCIDO - PÉPTICA.

EL PENSAMIENTO ACTUAL QUE VA DE ACUERDO A LA PATOGÉNESIS ES QUE REPRESENTA EL PRODUCTO FINAL DEL DESEQUILIBRIO ENTRE LAS FUERZAS AGRESIVAS REPRESENTADAS POR LA SECRESIÓN ÁCIDO PÉPTICA Y LA BARRERA MUCUOSA GÁSTRICA Y DUODENAL (1).

B.- DATOS HISTÓRICOS

LA ENFERMEDAD YA FUÉ DESCRITA POR LOS ANATOMOPATÓLOGOS - DEL SIGLO XIX, SIN EMBARGO LA FRECUENCIA EN AUTOPSIAS ERA MUY BAJA, ESTO QUIZÁ PUDO SER REFLEJO DE LA BAJA INCIDENCIA EN ESA ÉPOCA, DE HECHO EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL - CASI NO SE PRESENTARON CASOS, LO CUAL CAMBIÓ SUSTANCIAL - MENTE EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (2).

IVY, GROSSMAN Y BACHRACH, EN 1950 DESCRIBIERON UN AUMENTO DE CASOS SIGNIFICATIVOS PARTIR DE ESTE SIGLO, ESTUDIOS - TAMBIÉN IMPORTANTES FUERON REALIZADOS POR HOYNIHAM Y LOS-

HERMANOS MAYO, TODOS EN POBLACIÓN ADULTA (2)

EN CUANTO CONCIERNE A LA EDAD PEDIÁTRICA LA HISTORIA COMIENZA CON EL ARTÍCULO DE BIRD, LINPER Y MAYER EN 1941 -- QUIENES REVISANDO LA LITERATURA INCLUYERON DENTRO DE LA ENTIDAD A LACTANTES Y NIÑOS MAYORES INCLUYENDO UN CASO DE NEONATO (3).

A PARTIR DE ESTE ESTUDIO A LA FECHA SON POCOS, SIN EMBARGO LOS REALIZADOS EN EDAD PEDIÁTRICA (1).

C.-ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGÍA

A PESAR DE QUE ACTUALMENTE SE TIENE MUCHOS FACTORES QUE SE PIENSA QUE INTERVIENEN EN LA ETIOLOGÍA, AÚN PERMANECEN MUCHOS QUE HASTA EL MOMENTO NO HAN TENIDO UNA EXPLICACIÓN SATISFACTORIA, O MÁS AÚN RECIENTEMENTE HAN APARECIDO OTROS QUE PUDIÉ-
RAN ESTAR RELACIONADOS DIRECTAMENTE (1).

EN PRIMER LUGAR SE DEBE HACER MENCIÓN QUE LA SECRECIÓN ÁCIDA PRODUCIDA A NIVEL GÁSTRICO JUEGA UN PAPEL MUY IMPORTANTE COMO LO DEMUESTRA EL HECHO DE QUE PACIENTES CON ACLORHIDRIA --
RARAMENTE O NUNCA DESARROLLAN ÚLCERAS GASTRODUODENALES (1)

EL ESTÍMULO DE LA SECRECIÓN ÁCIDA POR LAS ÚLCERAS PARIETALES ES CONTROLADA POR LA ACCIÓN DE TRES POTENTES SERATOGOS; LA HISTAMINA, ACETILCOLINA Y GASTRINA, SIENDO QUE LA PRIMERA DESEMPEÑA UN PAPEL PRIMORDIAL (1,2)

EL MECANISMO EXACTO DE COMO INTERACTÚAN ESTAS TRES SUSTANCIAS, LAS CUALES FINALMENTE PROMOVERÁN LA SECRECIÓN ÁCIDA --
NO SE CONOCE, SIN EMBARGO, ENTRE LAS TEORÍAS PROPUESTAS ---
UNA DE LAS MÁS ACEPTADAS ES LA QUE POSTULA QUE TANTO LA ---
ACETILCOLINA COMO LA HISTAMINA AL ESTAR PRESENTES ACTUÁN --

EN FORMA PERMISIVA PARA QUE FINALMENTE LA CÉLULA PARIETAL -
RESPONSA CON LA SECRESIÓN ÁCIDA EN PRESENCIA DE GASTRINA -
(1), SIENDO ÉSTA ÚLTIMA ESTIMULADA PRINCIPALMENTE POR PÉPTI
DOS EN EL LÚMEN DEL ANTRO GÁSTRICO.

LAS PEPSINAS FORMAN TAMBIÉN PARTE DE LAS FUERZAS AGRESORAS -
A LA MUCUOSA GASTRODUODENAL. SON LAS ENZIMAS PRESENTES EN -
EL JUGO GÁSTRICO QUE HIDROLIZAN A LAS PROTEÍNAS, LAS CUA --
LES SON SECRETADAS COMO PEPSINÓGENOS Y SON CONVERTIDAS A --
SUS FORMAS ACTIVAS POR LA ACIDES GÁSTRICA.

EXISTEN DOS PEPSINÓGENOS INMUNOLÓGICAMENTE DISTINTOS, SIEN
DO EL I EL MÁS ABUNDANTE, AUNQUE EL II ES MÁS RESISTENTE A -
LA DESNATURALIZACIÓN, LA IMPORTANCIA DE LOS PEPSINÓGENOS SO
BRE TODO EL TIPO I LO DEMUESTRAN ESTUDIOS EN DONDE PACIEN -
TES CON HIPERPEPSINOGENEMIA I SE ASOCIAN CON HIPERFUNCIÓN -
DE LAS CÉLULAS G DEL ANTRO GÁSTRICO Y QUE DESARROLLAN ----
ÚLCERAS DUODENALES.

ÉSTA BIEN DETERMINADO QUE PARA LA PEPSINA SON SUSTRATOS --
SUCEPTIBLES LAS GLICOPROTEÍNAS DEL MOCO GÁSTRICO, LIPOPRO -
TEÍNAS Y ELEMENTOS DE TEJIDO CONECTIVO COMO LA COLAGENA Y -
ELASTINA Y QUE EN CONJUNTO CON EL ÁCIDO CLORHÍDRICO ---

SON LOS DETERMINANTES PARA EL DAÑO A LA MUCUOSA GASTRODUODENAL Y LA FORMACIÓN DE ÚLCERAS (1).

APARTE DE LA RELACIÓN YA EXPUESTA QUE INVOLUCRA A SECRECIÓN ELEVADA DE PEPSINÓGENOS EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS - (4) EXISTEN OTROS EVENTOS FISIOPATOLÓGICOS RELACIONADOS - CON LA ENFERMEDAD COMO LO SON LA SECRECIÓN ÁCIDA TANTO BASAL COMO POST-ESTÍMULO CON GASTRINA O TAMBIÉN DENOMINADA - MÁXIMA. EN ALGUNOS ESTUDIOS SE OBSERVA A AMBAS SIGNIFICATIVAMENTE MÁS ELEVADAS EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD (5) EN OTROS SOLAMENTE ES MÁS ELEVADA LA SECRECIÓN POST-ESTÍMULO (1) REFORZANDO EL CONCEPTO DE QUE LA ELEVACIÓN DE LOS NIVELES DE GASTRINA ES MUY IMPORTANTE, PARADOJICAMENTE SE ENCUENTRAN REPORTES DE PACIENTES CON ÚLCERA GASTRODUODENAL EN DONDE PREDOMINÓ LA HIPOSECRECIÓN ÁCIDA (5).

CONTRARIAMENTE CON LOS MECANISMOS QUE CONDICIONAN EL DAÑO A LA MUCUOSA TENEMOS MECANISMOS QUE ACTÚAN COMO DEFENSA - DE LA MISMA Y DE ÉSTOS TENEMOS: A LA BARRERA MUCUOSA MISMA EN LA CUAL DESEMPEÑAN UN PAPEL IMPORTANTE DE PROTECCIÓN EL RECAMBIO DEL EPITELIO Y EL MANTENIMIENTO DEL FLUJO -- SANGUÍNEO EN LA MUCUOSA. LA BARRERA DE MOCO Y LA RECIENTE DEMOSTRACIÓN DE SECRECIÓN DE BICARBONATO POR LA MUCUOSA -

GÁSTRICA, JUNTAS CONSTITUYEN LAS PARTES MÁS IMPORTANTES - PARA LA CONSERVACIÓN DE ESTA BARRERA. LA SECRECIÓN DE BICARBONATO ESTÁ MEDIADA POR SUSTANCIAS COMO PROTAGLANDINAS-E₂, F₂, CARBACOL, COLECISTOQUININA Y GMP CÍCLICO.

EN CONTRAPARTE A LAS SUSTANCIAS QUE PROMUEVEN LA SECRECIÓN-ÁCIDA GÁSTRICA, EXISTEN SUSTANCIAS QUE LA INHIBEN COMO -- LO SON LA SOMATOSTATINA, POLIPÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO, SUSTANCIA P, GLUCAGON, POLIPÉPTIDO PANCREÁTICO, SECRETINA, NEUROTENSINA, PÉPTIDO YY, PÉPTIDO INHIBIDOR GÁSTRICO, ETC. LOS MECANISMOS DE ACCIÓN DE ÉSTAS SUSTANCIAS NO SON BIEN - CONOCIDOS. INCLUSO A LA FECHA NO SE HAN ENCONTRADO RECEPTORES EN LAS CÉLULAS PARIETALES PARA ESTAS SUSTANCIAS (1)

OTRO ASPECTO IMPORTANTE LO CONSTITUYE EL GENÉTICO; EN PACIENTES CON ÚLCERA GASTRODUODENAL DE TIPO PRIMARIO, SE -- HA OBSERVADO ANTECEDENTE FAMILIAR POSITIVO. EN DIVERSOS - ESTUDIOS EL PORCENTAJE DE POSITIVIDAD VARÍA DESDE UN 26 %-(7), 47% (8), HASTA REPORTES EN QUE SE ENCONTRÓ EN EL --- 62% (9), EL ANTECEDENTE FAMILIAR GENERALMENTE ES EN PRIMER GRADO Y SE AFECTA MÁS FRECUENTEMENTE A PADRES QUE A -- MADRES (1). DEFINITIVAMENTE ÉSTO SOLAMENTE SE ENCUENTRA - TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD PRIMARIA, PACIENTES CON ÚLCERAS-

DE ESTRÉS NO SE RELACIONAN CON ANTECEDENTES FAMILIARES -- POSITIVOS (7).

ESTUDIOS EN GEMELOS HAN DEMOSTRADO CONCORDANCIA DE LA ENFERMEDAD EN UN 50% EN GEMELOS MONOCIGOTOS Y 14% EN DICIGOTOS (1).

EXISTE DENTRO DE LA ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD UN NUEVO PUNTO DE VISTA Y ESTE ES LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIFICACIÓN DE UNA BACTERIA DENOMINADA ACTUALMENTE CAMPYLOBACTER PILORI EN LA MUCUOSA DEL ANTRO GÁSTRICO DE NIÑOS Y -- ADULTOS CON GASTRITIS Y ÚLCERAS GASTRODUODENALES. LOS -- PRIMEROS ESTUDIOS DEMOSTRARON EN BIOPSIAS OBTENIDAS POR -- ENDOSCOPIA LA PRESENCIA DE LA BACTERIA ENCONTRANDOLA HASTA EN 100% DE LOS CASOS EN QUE SE HIZO EL DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA DUODENAL (10). 77% EN PACIENTES CON ÚLCERA GÁSTRICA (10) POCOS CASOS EN LOS QUE LA BIOPSIA FUE NEGATIVA PARA CAMPYLOBACTER PILORI TUVIERON CAMBIOS HISTOLÓGICOS----- COMPATIBLES CON ENFERMEDAD ULCERO-PÉPTICA (11).

A PESAR DE QUE CASI TODOS LOS ESTUDIOS SE HAN ENFOCADO A ADULTOS HAY ESTUDIOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE APOYAN -- ESTA RELACIÓN (12) ADEMÁS DE ÉSTO POR HABERSE ENCONTRADO-- A LA BACTERIA TAMBIÉN EN INDIVIDUOS SANOS SE LLEGÓ -----

A PENSAR QUE FUERA OPORTUNISTA SOLAMENTE Y QUE NO ESTUVIE RA IMPLICADA EN LA ETIOPATOGENIA, SIN EMBARGO SE HAN EFEC TUADO ESTUDIOS ENCAMINADOS A DETERMINAR LA RESPUESTA INMU NE A CAMPYLOBACTER PILORI ENCONTRANDO QUE LOS PACIENTES- CON ÚLCERA GASTRODUODENAL TUVIERON TÍTULOS DE IGG SIGNI- FICATIVAMENTE MÁS ALTOS QUE LOS CONTROLES LO CUAL APOYA - LA RELACIÓN BACTERIA Y LA ENFERMEDAD (13,14).

CAMPYLOBACTER PILORI HA SIDO IDENTIFICADO MEDIANTE TINCI_O NES ESPECIALES EN LAS QUE SE UTILIZA PLATA, MEDIANTE MI - CROSCOPÍA ELECTRÓNICA DE CONTRASTE Y POR CULTIVOS, LOS -- ORGANISMOS HAN SIDO ENCONTRADOS CARACTERÍSTICAMENTE DEN - TRO O DEBAJO DE LA CAPA DE MOCO DE LOS ENTEROCITOS Y PA - RECEN CONGREGARSE CERCA DE LAS CONEXIONES CELULARES, UNA- DEPLECIÓN DE LA CAPA DE MOCO SE ASOCIA A LA INFLAMACIÓN - EN ESTOS SITIOS (1). EN RESÚMEN MÁS ESTUDIOS DEBEN REALI- ZARSE ENCAMINADOS A ESCLARECER LA RELACION ENTRE EL ORGA- NISMO Y LA ENTIDAD.

D.- ASPECTOS CLÍNICOS

EXISTEN HASTA EL MOMENTO ACTUAL POCOS ESTUDIOS Y EXPERIENCIA DE LA ENTIDAD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA (1,6,7,8,15,16, 19.), CONSIDERÁNDOSE EN GENERAL COMO UNA ENTIDAD RARA.

LA ÚLCERA GASTRODUODENAL SE DIVIDE EN:

- 1.- PRIMARIA.- LA CUAL SE PRESENTA SIN UN FACTOR DESENCADENANTE ASOCIADO. (7),
- 2.- SECUNDARIA.- EN LA CUAL LA ENTIDAD SE PRESENTA SIEMPRE ASOCIADA A UN EVENTO DE ESTRÉS (DE AQUÍ TAMBIÉN SE DENOMINAN ÚLCERAS DE ESTRÉS) COMO LO SERÍA UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA GRAVE COMO POR EJEMPLO: ESTADO DE CHOQUE, SEPTICEMIA, QUEMADURAS SEVERAS, ETC. (1,7) O BIEN, INGESTA DE SUSTANCIAS CONOCIDAS COMO ULCEROGÉNICAS (17). LESIONES INTRACRANEANAS DE FOSA POSTERIOR SE HAN RELACIONADO CON ÚLCERAS DUODENALES (18)

EN GENERAL LAS ÚLCERAS SECUNDARIAS SON MÁS FRECUENTES OCUPANDO APROXIMADAMENTE UN 80% DEL TOTAL DE LOS CASOS (1) - LO CUAL HACE QUE LA ENFERMEDAD PRIMARIA SEA RARA EN PEDIATRÍA CON UNA INCIDENCIA ANUAL EN GRANDES HOSPITALES ANTES DE LA INTRODUCCIÓN DE LA ENDOSCOPIA DE 1.5 CASOS/AÑO, DESPUÉS HA AUMENTADO UNAS TRES VECES (1).

EN CUANTO A LA DISTRIBUCIÓN POR SEXO, EN LA ENFERMEDAD -- PRIMARIA HAY UN CLARO PREDOMINIO A FAVOR DEL SEXO MASCULINO CON RELACIONES DE 1.4-3.8 A 1 (7,20). NO HAY PREDOMINIO EN CUANTO A SEXO PARA LA ENFERMEDAD SECUNDARIA (7).

LA EDAD DE PRESENTACIÓN DIFIERE ENTRE AMBAS ENTIDADES, SE OBSERVA QUE EN LA PRIMARIA HAY ESTUDIOS QUE INDICAN QUE ES EXCLUSIVA DE PACIENTES MAYORES DE 10 AÑOS (7,19) MIENTRAS OTROS LA SEÑALAN DESDE LACTANTES AUNQUE EN PROPORCIÓN MENOR QUE EN NIÑOS MAYORES (1). PARA LA SECUNDARIA SE HAN ENCONTRADO UN MAYOR NÚMERO DE CASOS EN PACIENTES PEQUEÑOS (1,7) INCLUYENDO UN NÚMERO IMPORTANTE DE RECIÉN-NACIDOS AFECTADOS (21), EN MAYORES TAMBIÉN SE PRESENTA (7).

LA LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD PRIMARIA ES PREDOMINANTE MENTE DUODENAL CON UNA FRECUENCIA QUE VA DEL 79% (7) AL 93% (22), EN LA ENFERMEDAD SECUNDARIA HAY CONTROVERSIA ENTRE LAS DISTINTAS SERIES, EN ALGUNAS SE OBTUVO UN MAYOR NÚMERO DE LESIONES DUODENALES CON 70% (7), EN OTRAS IGUAL DISTRIBUCIÓN DE LESIONES DUODENALES Y GÁSTRICAS (1), O PREDOMINIO DE AFECTACIÓN GÁSTRICA (22), A DIFERENCIA DEL ADULTO EN EL QUE LAS ÚLCERAS DE ESTRÉS SON GENERALMENTE -

10.-

SUPERFICIALES Y MÚLTIPLES, EN NIÑOS SE OBSERVAN UN BUEN-NÚMERO DE LESIONES ÚNICAS, LAS CUALES LLEGAN FRECUENTEMENTE A LA PERFORACIÓN (21)

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS TAMBIÉN DIFIEREN EN AMBAS ENTIDADES, EN LA PRIMARIA HAY ACUERDO EN LOS DIVERSOS ESTUDIOS DE QUE LA MANIFESTACIÓN PRINCIPAL ES EL DOLOR ABDOMINAL (1,7,19,22), SOBRE TODO EN PACIENTES DE EDADES MAYORES, SIN EMBARGO EL TIPO DE DOLOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN MUY POCAS OCASIONES ES EL TÍPICO DE LA ENFERMEDAD-DESCRITO EN ADULTOS (19), DEBE DE TOMARSE EN CUENTA EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EL DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA GASTRODUODENAL (1), SE REFIEREN POCOS CASOS EN LOS-CUALES LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA ES MEDIANTE UN EPISODIO DE SANGRADO O PERFORACIÓN (7)

EN CUANTO A LA ENFERMEDAD SECUNDARIA LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA MÁS FRECUENTEMENTE ENCONTRADA ES EL SANGRADO DE TUDO-DIGESTIVO ALTO, QUE SUELE SER IMPORTANTE, O BIEN POR DATOS DE PERFORACIÓN (1,7), EL DOLOR ABDOMINAL EN LA PRESENTACIÓN AGUDA GENERALMENTE NO SE PRESENTA, EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES MENORES EL VÓMITO RECURRENTE ES UNA FORMA FRECUENTE DE PRESENTACIÓN (21)

EL CURSO CLÍNICO TAMBIÉN DIFIERE, EN LA PRIMARIA POR SU CARACTER DE CRONICIDAD LAS COMPLICACIONES GRAVES Y LA MORTALIDAD SON RARAS (1,7,19), EL PRINCIPAL PROBLEMA EN ÉSTOS PACIENTES LO CONSTITUYE LA ALTA FRECUENCIA DE RECURRENCIA LA CUAL VAR(A DESDE 13 HASTA 70% (8,16,19,22)- EN LA SECUNDARIA EL PROBLEMA ES AGUDO CON UN CURSO MUCHAS VECES CATASTRÓFICO Y UNA INCIDENCIA DE MORTALIDAD MUY ELEVADA YA SEA POR SANGRADO MASIVO O PERFORACIÓN, AUNQUE EN MUCHAS OCASIONES A PESAR DEL CONTROL DE ESTAS COMPLICACIONES LO QUE DETERMINA LA MUERTE DEL PACIENTE ES LA ENFERMEDAD SUBYACENTE (1,7).

EN GENERAL AL RECUPERARSE DEL EVENTO AGUDO SE OBTIENE CURACIÓN SIN RECURRENCIA DEL PROBLEMA.

E. - ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

EN CUANTO A DIAGNÓSTICO TENEMOS QUE HASTA PRINCIPIOS DE LA DÉCADA DE LOS 70'S EL DIAGNÓSTICO SE HACIA EN BASE AL ESTUDIO RADIOLÓGICO CONTRASTADO DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR (SEGD), SIN EMBARGO, A PARTIR DE LA INTRODUCCIÓN EN PEDIATRÍA DE LA ENDOSCOPIA, ÉSTA HA VENIDO A SER EL MÉTODO DIAGNÓSTICO DE ELECCIÓN (1,15) EL CUAL HA AUMENTADO EL NÚMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS DE LA ENFERMEDAD.

EN GENERAL ANTE CUALQUIER EVENTO DE SANGRADO DE TRACTO DIGESTIVO ALTO, SOSPECHA CLÍNICA DE LA ENTIDAD Y PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE E HISTORIA FAMILIAR POSITIVA DE ENFERMEDAD ÚLCERO-PÉPTICA SE DEBERÁ REALIZAR UNA ENDOSCOPIA (1,19,20).

APARTE DEL DIAGNÓSTICO LA ENDOSCOPIA NOS SIRVE PARA LA IDENTIFICACIÓN EXACTA DEL SITIO DE SANGRADO (23), LA TOMA DE MATERIAL DE BIOPSIA PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO Y, PUEDE CONSTITUIR UN ARMA TERAPÉUTICA EFICAZ EN EL MANEJO DE LA ÚLCERA SANGRANTE (1).

EL ESTUDIO RADIOLÓGICO TIENE UNA EFECTIVIDAD DIAGNÓSTICA DE APROXIMADAMENTE 50% COMPARADO CON LA ENDOSCOPIA QUE -

ES DEL 95-100%.

OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS QUE ÚLTIMAMENTE SE HAN ESTADO EMPLEANDO ES EL ULTRASONIDO SOBRE TODO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA GÁSTRICA CON BUENOS RESULTADOS AL PARECER (24).

EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SE DEBEN INCLUIR TODAS LAS DEMÁS CAUSAS DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO, OTRAS ENTIDADES COMO ESOFAGITIS, PANCREATITIS, ENFERMEDADES DE VÍAS BILIARES, PARASITOSIS, INTOXICACIONES CON METALES PESADOS, APENDICITIS, PÚRPURA VASCULAR, ETC.

F.- TRATAMIENTO

DENTRO DEL TRATAMIENTO, ÉSTE EN GENERAL SE DIVIDE EN MÉDICO Y QUIRÚRGICO; DENTRO DEL PRIMERO ANTES DE LA INTRODUCCIÓN DE LOS BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES H₂, CONSISTE PRINCIPALMENTE EN MEDIDAS DIETÉTICAS, COMPUESTOS -- ANTIÁCIDOS DIVERSOS, DE LOS CUALES LOS MÁS EMPLEADOS -- SON LOS QUE CONTIENEN HIDRÓXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO, -- AUNQUE PARA ÉSTOS NO SE HAN ESTANDARIZADO DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS (1), TAMBIÉN SE UTILIZAN ALGUNAS DROGAS ANTICOLINÉRGICAS.

EL USO DE LOS BLOQUEADORES H₂ VINO A CAMBIAR EL CURSO DE LA ENFERMEDAD Y HA REVOLUCIONADO EL TRATAMIENTO MÉDICO. -- DENTRO DE ÉSTOS TENEMOS LA CIMETIDINA, RANITIDINA Y RECIENTEMENTE A LA FAMOTIDINA. LOS ARTÍCULOS ACONSEJAN PARA LA CIMETIDINA CURSOS DE MANEJO DE 4-6 SEMANAS A DOSIS DE 25-40 MG/DÍA REPARTIDOS EN TRES DOSIS, CON ÉSTO UN 80% DE LOS PACIENTES CURAN ENDOSCÓPICAMENTE (1), -- OTROS DAN CIFRAS DE 90% (19), EN LOS QUE NO HAY MEJORA -- DESPUÉS DEL ESQUEMA INICIAL, SE ACONSEJA OTRAS 6 SEMANAS DE TRATAMIENTO (1). PARA LA RANITIDINA TAMBIÉN EXISTEN-

ACTUALMENTE ESTUDIOS EN PEDIATRÍA RECOMENDÁNDOSE DOSIS -
QUE VAN DE 1,2-1,9 MG/KG CADA 12 HRS. (25) ó 2-2,5 ----
MG/KG DÍA DIVIDIDO EN DOS DOSIS (26), SE HA DETERMINADO-
QUE LA DOSIS IDEAL ES AQUELLA CON LA CUAL SE SUPRIME LA-
SECRECIÓN ÁCIDA GÁSTRICA POR LO MENOS EN UN 90% (25), --
DENTRO DE LAS VENTAJAS QUE SE TIENEN CON ESTA DROGA SON-
DE QUE SE HAN ELIMINADO LOS EFECTOS INDESEABLES ASOCIA -
DOS CON EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON CIMETIDINA COMO
SERÍA EL EFECTO ANTIANDROGÉNICO Y EL DAÑO HEPÁTICO A NI-
VEL MICROSOMAL (25). ADEMÁS LA UTILIDAD DE LA RANITIDINA
COMO PROFILÁCTICO EN PACIENTES EN SALAS DE CUIDADOS INTENU
SIVOS, PARA EVITAR LA PRESENCIA DE ÚLCERAS DE ÉSTRES A --
DOSIS DE 1,5 MG/KG CADA 6 HRS. (27)

OTRAS DROGAS SE HAN EMPLEADO COMO EL SUCRALFATO EL CUAL -
FORMA UNA BARRERA PROTECTORA EN LA MUCUOSA ULCERADA, SIM-
EMBARGO ES LIMITADA LA EXPERIENCIA EN NIÑOS (1).

EL MANEJO QUIRÚRGICO ESTÁ INDICADO EN AQUELLOS CASOS EN -
LOS QUE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA ES CON SANGRADO MASIVO O
PERFORACIÓN, TOMANDO IMPORTANCIA SOBRE TODO EN LA ENFERMEE
DAD SECUNDARIA, LA CUAL EN PROMEDIO SE TRATA QUIRURGICA -
MENTE EN UN 50% DE LOS CASOS, (7). LOS CASOS EN LOS ---

CUALES LA RECURRENCIA HACE DÍFICIL EL MANEJO MÉDICO TAMBIÉN REQUIEREN DE CIRUGÍA PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA. DENTRO DE LOS PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS ESTÁN LA PÍLOROPLASTÍA MÁS VAGOTOMÍA, O LA ANTRECTOMÍA TAMBIÉN CON VAGOTOMÍA (1).

2.- HIPOTESIS

PENSAMOS QUE EL SITIO ANATÓMICO MÁS FRECUENTE DE PRESENTACIÓN ES LA PRIMERA PORCIÓN DEL DUODENO Y QUE LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA MÁS FRECUENTE ES EL SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO, CONTRASTANDO CON LO REPORTADO DONDE EL DOLOR ABDOMINAL ES EL CARACTER CLÍNICO DE PRESENTACIÓN MÁS COMÚN.

OBJETIVOS:

- 1.- DETERMINAR EL NÚMERO DE CASOS DE ÚLCERA GASTRODUODENAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, Y COMPARAR LA INCIDENCIA DEL PADECIMIENTO EN NUESTRO MEDIO A LO REPORTADO EN OTROS LUGARES.
- 2.- DETERMINAR LA DISTRIBUCIÓN DE LA ENTIDAD EN CUANTO A EDADES, SEXO Y VER LAS DIFERENCIAS CLÍNICAS EN CUANTO A ÉSTOS.
- 3.- COMPARAR LA FRECUENCIA ENTRE ENFERMEDAD DE TIPO PRIMARIO Y SECUNDARIO, ESTABLECER LAS DIFERENCIAS DE AMBAS EN CUANTO A SITIO DE PRESENTACIÓN, CARACTERES CLÍNICOS.
- 4.- DETERMINAR CON QUE FRECUENCIA SE PRESENTARON COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD Y, SI HUBO DIFERENCIAS EN CUANTO A ÉSTAS TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD PRIMARIA O SECUNDARIA.
- 5.- REVISAR EN CADA UNO DE LOS CASOS LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EFECTUADOS QUE FINALMENTE CONDUJERON AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD, OBSERVAR ADEMÁS SI HUBO CORRELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON CADA UNO.
- 6.- OBTENER EN CADA UNO DE LOS CASOS INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO EMPLEADO, TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN Y RES-

PUESTA CLÍNICA.

- 7.- DETERMINAR CUANTOS PACIENTES FUERON SOMETIDOS A MANEJO -- QUIRÚRGICO, EN QUE CONSISTIÓ Y QUE RESULTADOS SE OBTUVIERON.
- 8.- DE SER POSIBLE DETERMINAR CON QUE FRECUENCIA SE PRESENTÓ ENFERMEDAD RECIDIVANTE Y CORRELACIONARLO CON EL MANEJO RECIBIDO.
- 9.- POR ÚLTIMO DETERMINAR EL TIPO DE SEGUIMIENTO QUE HAN --- TENIDO LOS PACIENTES CON LA ENFERMEDAD.

4.- MATERIAL Y METODOS

PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE ESTUDIO SE RECURRIÓ PARA LA OBTENCIÓN DE LOS DATOS AL ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL -- INFANTIL DE MÉXICO, "FEDERICO GÓMEZ",

SE REVISARÓN TODOS LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES- QUE TENÍAN LOS DIAGNÓSTICOS DE ÚLCERA GÁSTRICA O ÚLCERA - DUODENAL, EN EL PERÍODO DE TIEMPO COMPRENDIDO DE NOVIEM - BRE DE 1978 A NOVIEMBRE DE 1988.

ADEMÁS SE REVISÓ TAMBIÉN EL ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE - CIRUGÍA DE TÓRAX Y ENDOSCOPIA DEL MISMO HOSPITAL, REVISAN - DOSE LAS ENDOSCOPIAS EFECTUADAS EN EL MISMO PERÍODO DE - TIEMPO QUE TUVIERON COMO HALLAZGOS ÚLCERAS GÁSTRICAS O -- DUODENALES.

LOS MÉTODOS DE ESTUDIO FUERON EN CADA CASO:

- 1.- SE RECABARON EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES, SE BUSCÓ - EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD ÚLCERO-PÉPTICA.
- 2.- SE DIVIDIERON Y CATEGORIZARON A LOS PACIENTES EN AQUE - LLOS CON ENFERMEDAD PRIMARIA Y SECUNDARIA. EN PACIEN - TES CON ENFERMEDAD SECUNDARIA SE REQUIRIÓ DE UN FAC - TOR DESENCADENANTE CLARO COMO SERÍA PRESENCIA DE UNA-

ENFERMEDAD GRAVE, INGESTA DE MEDICAMENTOS ULCEROGÉNICOS, ETC. LOS PACIENTES SIN FACTORES PREDISPONENTES FUERON CONSIDERADOS COMO PORTADORES DE ENFERMEDAD PRIMARIA.

- 3.- SE DETERMINÓ EN TODOS LOS CASOS LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ÚLCERA, (LOS QUE NO FUERON EXCLUIDOS DEL ESTUDIO).
- 4.- SE DETERMINÓ LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD PARA CADA CASO; SI FUÉ CON DOLOR ABDOMINAL, SI FUE EN FORMA AGUDA CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO O AMBAS, O BIEN CON DATOS DE PERFORACIÓN INTESTINAL U OTRA COMPLICACIÓN.
- 5.- SE BUSCÓ DE QUE FORMA SE LLEGÓ AL DIAGNÓSTICO DE LA ENTIDAD, BIEN POR ESTUDIO RADIOLÓGICO, ENDOSCÓPICO O AMBOS, BUSCANDO CORRELACIÓN ENTRE AMBOS ESTUDIOS, SI EL DIAGNÓSTICO FUE HALLAZGO DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O HALLAZGO DE AUTOPSIA.
- 6.- CUAL FUÉ EL MANEJO EMPLEADO EN LOS PACIENTES, DIVIDIENDO A AQUELLOS QUE RECIBIERON MANEJO MÉDICO DE -- LOS QUE REQUIRIERON MANEJO QUIRÚRGICO, EN ÉSTOS ÚLT

MOS DETERMINAR POR QUE FUÉ NECESARIO Y EN QUE CONSISTIÓ.

- 7.- DIVIDIENDO A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PRIMARIA Y ENFERMEDAD SECUNDARIA, SE DETERMINÓ LA EVOLUCIÓN DE LOS MISMOS, LA MORTALIDAD ENCONTRADA Y EN GENERAL POR QUE FUÉ CONDICIONADA ÉSTA.
- 8.- DETERMINAR EL TIPO DE SEGUIMIENTO QUE HAN TENIDO LOS PACIENTES PARA OBSERVAR EN QUE PROPORCIÓN DE ÉSTOS SE HA PRESENTADO RECURRENCIA DE ENFERMEDAD.

5.- RESULTADOS.

EN EL ESTUDIO SE OBTUVIERON UN TOTAL DE 46 CASOS ENGLOBALANDO LA ENFERMEDAD PRIMARIA Y LA SECUNDARIA, SIENDO 30 PACIENTES MASCULINOS (65%) Y 16 FEMENINOS (35%) CON UNA RELACIÓN 1,8 A 1.

(VER FIGURA 1),

LA DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD MOSTRÓ QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE PRESENTÓ LA ENFERMEDAD EN LACTANTES CON 22 CASOS CONSTITUYENDO EL 48% DEL TOTAL, SIGUIERON EN FRECUENCIA EL GRUPO DE 2-4 AÑOS CON 9 CASOS (20%), EN RECIÉN NACIDOS 7 CASOS (15%), EL GRUPO DE 5-9 AÑOS Y DE 10 EN ADELANTE AMBOS CON 4 CASOS CONSTITUYENDO CADA UNO EL 9% DEL TOTAL.

ENFERMEDAD PRIMARIA

DE ÉSTA SE OBTUVIERON UN TOTAL DE 14 CASOS CONSTITUYENDO EL 30% DEL TOTAL, 12 CORRESPONDIERON AL SEXO MASCULINO Y SOLO DOS AL FEMENINO CON UNA RELACIÓN DE 6 A 1

(VER FIGURA 2)

DE ESTOS LA MAYOR PARTE DE CASOS SE PRESENTARON EN LACTANTES EN 5 CASOS, SIGUIENDO EN FRECUENCIA LOS GRUPOS DE ---

2-4 y 5-9 CON 4 CASOS CADA UNO, EN EL GRUPO DE 10 AÑOS Y MAYORES SE PRESENTÓ UN SOLO CASO, NO HUBO EN LA ETAPA DE RECIEDÉN NACIDO.

(VER FIGURA 3)

EL ANTECEDENTE FAMILIAR POSITIVO DE ENFERMEDAD ÚLCERO-PÉPTICA, SOLAMENTE SE ENCONTRÓ EN UNO DE LOS CASOS, EN ÉSTE EL PADRE DEL PACIENTE (DE 9 AÑOS CON ÚLCERA EN LA PRIMERA PORCIÓN DEL DUODENO), PADECÍA DE ÚLCERA DUODENAL.

EN LO QUE RESPECTA A LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN, ÉSTA SE PRESENTÓ A NIVEL DUODENAL EN 9 CASOS (64%), SIENDO DE ÉSTOS 8 EN LA PRIMERA PORCIÓN Y UNO EN LA SEGUNDA, LAS OTRAS 5 SE LOCALIZARON A NIVEL GÁSTRICO (36%) DE LAS CUALES 4 SE LOCALIZARON EN ANTRO GÁSTRICO Y LA RESTANTE EN EL CUERPO, SIENDO UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL.

(VER FIGURA 4)

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE PREDOMINARON FUERON LA HE MATEMESIS O MELENA EN 11 CASOS, DE ÉSTOS SOLAMENTE EN UNO EL SANGRADO FUÉ MASIVO, DOS CASOS SE MANIFESTARON CLINICAMENTE CON DATOS DE PERFORACIÓN.

EN 6 PACIENTES SE OBTUVO EL DATO DE DOLOR ABDOMINAL, 5 --

DE ÉSTOS PRESENTARON SANGRADO DE TRACTO DIGESTIVO,
(VER FIGURA 5)

POR LO QUE RESPECTA AL TIPO DE DOLOR, ÉSTE FUE INESPECÍFICO EN 4 Y EN DOS CASOS SE TENÍAN CON CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD ÚLCERO-PÉPTICA.

DE LOS 3 CASOS QUE REQUIRIERON MANEJO QUIRÚRGICO DE URGENCIA 2 SE PRESENTARON CON DATOS DE PERFORACIÓN, UNA A NIVEL DEL ANTRO GÁSTRICO Y OTRA EN LA PRIMERA PORCIÓN DEL DUODENO Y, EL TERCERO POR PRESENCIA DE SANGRADO MASIVO QUE LLEVÓ AL PACIENTE A CHOQUE HIPOVOLÉMICO.

EL DIAGNÓSTICO EN ESTOS PACIENTES FUE EFECTUADO POR ENDOSCOPÍA EN 10 CASOS, DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO SE HIZO EL DIAGNÓSTICO EN 3 Y, EN UNO LA ÚLCERA FUE HALLAZGO DE AUTOPSIA. EN NINGUNO DE ÉSTOS EL DIAGNÓSTICO FUE HECHO MEDIANTE ESTUDIO RADIOLÓGICO.

(VER FIGURA 6)

CABE SEÑALAR QUE EN TOTAL SE EFECTUÓ ESTUDIO RADIOLÓGICO EN 9 CASOS LOS CUALES YA TENÍAN ENDOSCOPÍA POSITIVA, SOLAMENTE EN TRES PACIENTES SE ENCONTRARON DATOS ANORMALES EN LA SERIE ESÓFAGO-GASTRODUODENAL, SIN EMBARGO EN TODOS ÉS-

TOS LOS DATOS ENCONTRADOS FUERON INESPECÍFICOS Y NINGUNO REVELÓ DATOS CLAROS DE ÚLCERA, 6 ESTUDIOS RADIOLÓGICOS -- FUERON COMPLETAMENTE NORMALES.

EN CUANTO AL TRATAMIENTO, 11 PACIENTES RECIBIERON MANEJO MEDICO (79%), 3 NO, DE ÉSTOS, DOS SE RECUPERARON DE LA -- SINTOMATOLOGÍA POSTERIOR A MANEJO QUIRÚRGICO POR PERFORACIÓN (COMO HABÍA SIDO MENCIONADO), EL OTRO PACIENTE --- FALLECIÓ POR UN LINFOMA EN ESTADO AVANZADO, AQUÍ LA ÚLCERA FUÉ DIAGNÓSTICO DE AUTOPSIA (CRÓNICA A NIVEL DUODENAL).

DE LOS 11 PACIENTES QUE RECIBIERON MANEJO MÉDICO EN 10 -- CONSISTIÓ EN CIMETIDINA A DOSIS QUE VARIARON DESDE 20 A -- 40 MG POR KG DÍA, EL TIEMPO DE TRATAMIENTO FUÉ MUY VARIABLE. EN UNO SE UTILIZÓ DE INICIO RANITIDINA A 1.5 MG POR KG/DÍA.

LA RESPUESTA FUÉ SATISFACTORIA EN 8 PACIENTES CON MEJORÍA CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA, 3 PACIENTES NO TUVIERON BUENA RESPUESTA CON EL PRIMER ESQUEMA DE TRATAMIENTO.

DOS DE ÉSTOS CASOS CORRESPONDIERON A ÚLCERAS EN LA PRIMERA PORCIÓN DEL DUODENO Y UNA A ÚLCERA EN ANTRO GÁSTRICO, -- EN RESÚMEN EL CURSO CLÍNICO DE ÉSTOS PACIENTES FUE: UN -- LACTANTE MASCULINO DE 11 MESES CON ÚLCERA DUODENAL FUE MA

NEJADO INICIALMENTE CON CIMETIDINA, POSTERIORMENTE POR RECURRENCIA SE MANEJÓ CON PIROPLASTÍA Y VAGOTOMÍA, 6 MESES DESPUÉS PRESENTA SANGRADO MASIVO POR NUEVA ÚLCERA - DUODENAL Y FALLECE POR CHOQUE HIPOVOLÉMICO. EL SEGUNDO UNA FEMENINA DE 7 AÑOS DE EDAD CON ÚLCERA DUODENAL (1ª, PORCIÓN), A PESAR DEL MANEJO CON CIMETIDINA EL CURSO NO FUÉ SATISFACTORIO, UN SEGUNDO ESQUEMA CON CONTROL ENDOSCÓPICO POSTERIOR REVELÓ MEJORÍA Y UNA TERCERA ENDOSCOPIA 4 MESES DESPUÉS DE LA PRIMERA MOSTRÓ CURACIÓN, 9 MESES DESPUÉS DE ÉSTA SE PRESENTÓ UN NUEVO EPISODIO DE -- SANGRADO Y LA ENDOSCOPIA VOLVIÓ A MOSTRAR ÚLCERA EN LA PRIMERA PORCIÓN DEL DUODENO, SE MANEJÓ RANITIDINA CON BUENA EVOLUCIÓN HASTA EL MOMENTO ACTUAL; EL TERCER CASO CORRESPONDIÓ A UN PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA EN ANTRO GÁSTRICO MANEJADO INICIALMENTE CON CIMETIDINA POR UN MES CON BUENA RESPUESTA CLÍNICA, DOS MESES DESPUÉS PRESENTA NUEVO SANGRADO Y LA ENDOSCOPIA MOSTRÓ ÚLCERA ACTIVA EN EL MISMO SITIO, SE AÑADIÓ AL MANEJO SUCRALFATO Y DOS MESES DESPUÉS UNA ENDOSCOPIA FUÉ NORMAL.

ÉSTOS CASOS SON LOS QUE CONSIDERAMOS EN EL ESTUDIO COMO

RECURRENCIAS.

TRES PACIENTES FUERON SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO- EN DOS FUÉ DE URGENCIA, POR PRESENTARSE CLINICAMENTE COMO PERFORACIÓN, EN AMBOS EL ACTO QUIRÚRGICO CONSISTIÓ EN -- CIERRE DE LA PERFORACIÓN CON BUENOS RESULTADOS, EL TERCER PACIENTE FUE SOMETIDO DURANTE LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD A PÍLOROPLASTÍA MÁS VAGOTOMÍA COMO SE SEÑALÓ ANTERIORMENTE.

EL SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES SOLAMENTE SE HA REALIZADO EN 7 CON RANGOS DE TIEMPO QUE VAN DE 1 MES HASTA DOS - AÑOS, SIENDO EN GENERAL INADECUADO.

ENFERMEDAD SECUNDARIA

DEL TOTAL DE 46 CASOS, 32 CORRESPONDIERON A ÚLCERAS SECUNDARIAS O DE ESTRÉS (70%) EN LOS CUALES EL PROCESO ULCEROSO SIEMPRE ESTUVO RELACIONADO A UNA ENFERMEDAD GRAVE SUBYACENTE O, EN ALGUNOS CASOS A LA INGESTA DE DROGAS ULCEROGÉNICAS.

LA DISTRIBUCIÓN EN CUANTO A SEXO FUÉ: 18 PACIENTES MASCULINOS Y 14 FEMENINOS, CON UNA RELACIÓN DE 1.2 A 1 A FAVOR DEL MASCULINO.

(VER FIGURA 2)

EL MAYOR NÚMERO DE CASOS SE PRESENTÓ EN LACTANTES CON UN TOTAL DE 17 CASOS, LE SIGUIERON EN ORDEN DE FRECUENCIA EL RECIÉN NACIDO CON 7, CINCO CASOS EN PACIENTES DE 2 A 4 AÑOS, TRES EN PACIENTES DE 10 AÑOS O MAYORES, NO SE PRESENTARON CASOS EN EL GRUPO DE 5-9 AÑOS.

(VER FIGURA 3)

EN CUANTO AL SITIO DE LA LESIÓN PREDOMINÓ CLARAMENTE LA GÁSTRICA CON 23 CASOS, 4 FUERON DUODENALES Y 5 EN LA LOCALIZACIÓN, FUÉ INCLUYENDO TANTO ESTÓMAGO COMO DUODENO (GASTRODUODENALES)

(VER FIGURA 7)

LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS ÚLCERAS SECUNDARIAS FUE PREDOMINANTEMENTE COMO SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO 21 CASOS, 4 CASOS TUVIERON COMO MANIFESTACIONES LAS DE PERFORACIÓN SIENDO 2 GÁSTRICAS Y 2 DUODENALES. EN 7 PACIENTES NO HUBO SINTOMATOLOGÍA Y FUERON HALLAZGOS DE AUTOPSIA.

(VER FIGURA 5)

EL DIAGNÓSTICO EN ÉSTOS PACIENTES FUE MEDIANTE ENDOSCOPIA EN 11 CASOS, 12 FUERON DIAGNÓSTICOS DE AUTOPSIA, AUNQUE 5 DE ÉSTOS YA SE HABÍAN MANIFESTADO CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO. NUEVE CASOS FUERON DIAGNOSTICADOS DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO.

(VER FIGURA 6)

POR LO QUE RESPECTA A LA ENFERMEDAD DESENCADENANTE DEL PROCESO ULCEROSO EN ÉSTOS PACIENTES, PREDOMINÓ CLARAMENTE LA SEPTICEMIA ASOCIADA O NO A CHOQUE SÉPTICO EN 15 CASOS, EN 5 DE ÉSTOS TAMBIÉN SE PRESENTÓ COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA, ES DIFÍCIL SEPARAR A ESTAS ENTIDADES POR LO QUE SE ENGLOBALAN JUNTAS.

EN 6 PACIENTES SE PRESENTARON ACOMPAÑANDO ESTADOS POSTOPERATORIOS DE PADECIMIENTOS GRAVES QUE AMERITARON CUIDA

DOS INTENSIVOS. CUATRO PACIENTES TUVIERON PROBLEMAS INTRACRANEANOS EN LOS QUE EL PROBLEMA COMÚN FUE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA. DOS DE ESTOS TUVIERON MENINGITIS, UNO EN CRANIOFARINGIOMA Y EL OTRO UN QUISTE DE FOSA POSTERIOR. ÉSTOS DOS ÚLTIMOS TUVIERON ÚLCERAS GÁSTRICAS. EL ANTECEDENTE DE INGESTA DE DORGAS ULCEROGÉNICAS SE ENCONTRÓ SOLAMENTE EN TRES PACIENTES. EL RESTO DE CASOS INCLUYEN ENTEROCOLITIS NECROSANTE, SINDROME ÚREMICO-HEMÓLITICO, ENDOCARDITIS BACTERIANA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA CON UN CASO CADA UNO, NO SE ENCONTRÓ EL PROBLEMA ASOCIADO A QUEMADURAS GRAVES.

EN ESTE GRUPO LA MORTALIDAD FUE MUY ELEVADA SIENDO EN TOTAL 20 PACIENTES. DE ÉSTOS 19 FALLECIERON POR LA ENFERMEDAD SUBYACENTE Y SOLO UNO POR CHOQUE HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A SANGRADO MASIVO.

EN CUANTO AL TRATAMIENTO TODOS LOS QUE PRESENTARON MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE SANGRADO RECIBIERON MANEJO CON ANTIÁCIDOS Y CIMETIDINA. LOS QUE NO FALLECIERON RESPONDIERON SATISFACTORIAMENTE EN CUANTO A LAS MANIFESTACIONES DE ÚLCERA SIN PRESENTARSE RECURRENCIA.

EN 7 PACIENTES FUE NECESARIO EL MANEJO QUIRÚRGICO DE UR -

GENCIA, 4 DE ELLOS POR PERFORACIÓN Y 3 POR SANGRADO MÁSI-
VO.

POR ÚLTIMO EN LA REVISIÓN SE RECABARON 14 PACIENTES MÁS.-
LOS CUALES EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO TENÍAN DIAGNÓSTICO DE
ÚLCERAS DE ESTRÉS, EN ÉSTOS, SIN EMBARGO EL DIAGNÓSTICO -
SE BASÓ ÚNICAMENTE POR LA PRESENCIA DE SANGRADO A TRAVÉS-
DE SONDA NASOGÁSTRICA, EN NINGUNO SE HIZO UN DIAGNÓSTICO-
PRECISO DE LA LESIÓN POR ALGUNO DE LOS MÉTODOS ANTES SEÑA
LADOS, POR TAL MOTIVO QUEDARÓN EXCLUIDOS DEL ESTUDIO Y -
ÚNICAMENTE SE HACE MENCIÓN DE ELLOS,

6.- COMENTARIOS

ES OBVIO QUE EN LA ENFERMEDAD SECUNDARIA SE OBSERVÓ CON MUCHO MAYOR FRECUENCIA (70%) QUE LA PRIMARIA EN NUESTRO MEDIO LO CUAL CONCUERDA CON LO REPORTADO EN LA LITERATURA. LA ENFERMEDAD PRIMARIA POR LO TANTO EN NUESTRO MEDIO ES UN PROBLEMA RARO, SI TOMAMOS EN CUENTA QUE SOLAMENTE SE OBTUVIERON 14 CASOS EN UN PERÍODO DE ESTUDIOS DE 10 AÑOS.

DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LO REPORTADO EN OTRAS SERIES CONCUERDAN: LA LOCALIZACIÓN QUE FUÉ MÁS FRECUENTE A NIVEL DUODENAL (1,7,19). EL CLARO PREDOMINIO A FAVOR DEL SEXO MASCULINO CON UNA RELACIÓN EN NUESTRO ESTUDIO DE 6 A 1. LA CUAL ES BASTANTE CONSIDERABLE. TAMBIÉN PUDIMOS CORROBORAR QUE LA ENFERMEDAD PRIMARIA CURSÓ CON UNA RECURRENCIA DEL 21% DE LOS CASOS QUE CONCUERDA CON ALGUNAS SERIES (8,16,22). EN NUESTRO ESTUDIO NO SE ENCONTRARON ANTECEDENTES FAMILIARES POSITIVOS DE ENFERMEDAD ÚLCERO-PÉPTICA EN FORMA SIGNIFICATIVA LO CUAL CONTRASTA CON LO REPORTADO HASTA DE 62% (19), PUDIENDO DEBERSE A FALTA DE INVESTIGAR EN CONCRETO EL ANTECEDENTE O A UNA MENOR INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD EN NUESTRO MEDIO. EN CUANTO A LA EDAD DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN NUESTROS PA

CIENTES PREDOMINÓ CLARAMENTE EN LACTANTES LO CUAL NO VA -
ACORDE A LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS EN LOS QUE PRACTICA -
MENTE LA CONFINAN A MAYORES DE 10 AÑOS (7,9,16,19), UN -
PEQUEÑO GRUPO REFIEREN LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD DES-
DE EDADES TEMPRANAS (1), ÉSTO BIEN PUDIERA CORRESPONDER -
A QUE EN NUESTRO HOSPITAL SE DÁ MÁS ATENCIÓN A PACIENTES-
PEQUEÑOS.

LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD PRIMA -
RIA EN NUESTROS PACIENTES FUÉ PREDOMINANTEMENTE CON SAN -
GRADO DE TRACTO DIGESTIVO, LA PRESENCIA DE DOLOR ABDOMI -
NAL TAMPOCO FUÉ RELEVANTE Y, EN LOS CASOS QUE SE PRESENTÓ
EN GENERAL, FUÉ DE TIPO INESPECÍFICO, ÉSTO PUDIENDO DEBER
SE A LAS EDADES DE NUESTROS PACIENTES.

EL MÉTODO DIAGNÓSTICO DE ELECCIÓN DEFINITIVAMENTE TANTO -
PARA LA ENFERMEDAD PRIMARIA COMO SECUNDARIA, ES LA EN ---
DOSCOPIA COMO EN OTRAS REVISIONES (1,7,23) OBSERVÁNDOSE -
MUY MALOS RESULTADOS CON EL ESTUDIO RADIOLÓGICO Y ADEMÁS-
MUY POBRE CORRELACIÓN ENTRE AMBOS ESTUDIOS.

EN CUANTO A NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDAD PRIMARIA EL
MANEJO FUÉ PRINCIPALMENTE DE TIPO MÉDICO CON EL EMPLEO DE
ANTIÁCIDOS Y BLOQUEADORES H₂ OBTENIÉNDOSE BUENOS RESULTA-

DOS COMO LO REPORTAN LAS DEMÁS SERIES (1.7), SE TIENE MUCHO MAYOR EXPERIENCIA CON EL EMPLEO DE CIMETIDINA QUE CON LA RANITIDINA, LOS REGIMENES DE TRATAMIENTO EN NUESTRO -- HOSPITAL NO ESTÁN ESTANDARIZADOS NI EN DOSIS NI EN TIEMPO, LO CUAL NO PERMITE CON ESTE ESTUDIO ESTABLECER EL MÁS ADECUADO.

EN CUANTO SE REFIERE A ÚLCERAS SECUNDARIAS NO HUBO DIFE-- FERENCIA IMPORTANTE DE PRESENTACIÓN EN CUANTO A SEXO (1.7) PREDOMINARON TAMBIÉN LAS PRESENTACIONES EN EDADES TEMPRANAS, INCLUYENDO UN BUEN NÚMERO DE RECIEN NACIDOS (21), PRE DOMINÓ LA LOCALIZACIÓN GÁSTRICA EVIDENTEMENTE Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA FUÉ - CON HEMORRAGÍA IMPORTANTE O PERFORACIÓN (7)

EL EVENTO DESENCADENANTE QUE SE ENCONTRÓ MÁS FRECUENTEMENTE EN NUESTROS CASOS FUÉ LA SEPTICEMIA ASOCIADA O NO A -- CHOQUE SÉPTICO Y EN ALGUNOS CASOS CON CID, OTROS A INGESTA DE DROGAS ULCEROGÉNICAS O ESTADOS POSTOPERATORIOS GRAVES, COMO LO REPORTADO EN OTRAS SERIES, NUESTROS PACIENTES CON ÚLCERAS DE ESTRÉS TUVIERON UN ALTO ÍNDICE DE MORTALIDAD, - PERO GENERALMENTE DEBIDO A LA ENFERMEDAD SUBYACENTE, FI-- NALMENTE UN BUEN NÚMERO DE CASOS REQUIRIERON MANEJO QUI - RÚRGICO DE URGENCIA POR SANGRADO MASIVO O PERFORACIÓN (7)

EN NINGUNO DE LOS CASOS DE ÉSTE ESTUDIO SE EFECTUARON --
INVESTIGACIONES COMO TIEMPO DE VACIAMIENTO GÁSTRICO, DETERMINACIÓN
DE SECRECIÓN ACIDA GÁSTRICA, TANTO BASAL COMO MÁXIMA
POST ESTÍMULO (5), ES NECESARIO REALIZARLO EN LOS --
PRÓXIMOS PACIENTES.

POR ÚLTIMO EN LO FUTURO SE DEBEN ESTABLECER PROTOCOLOS EN
LOS PACIENTES CON ÚLCERA GASTRODUDENAL PARA BÚSQUEDA DE
CAMPYLOBACTER PILORI Y TENER NUESTRA PROPIA EXPERIENCIA -
EN ESTE PROBLEMA QUE HA COBRADO IMPORTANCIA EN LOS ÚLTI -
MOS TIEMPOS. (10,11,12,13,14).

7.- CONCLUSIONES.

- 1.- EN NUESTRO ESTUDIO LA ENFERMEDAD SECUNDARIA FUE MÁS-FRECUENTE QUE LA PRIMARIA CON UNA RELACIÓN DE 2.2-A 1.
- 2.- LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA EN NUESTRO ESTUDIO-MÁS FRECUENTE SIN IMPORTAR SI ERÁN ÚLCERAS PRIMARIAS O SECUNDARIAS FUE EL SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO POR LO QUE ANTE TODO EVENTO DE HEMORRAGIA DE TRACTO-DIGESTIVO ALTO EL PACIENTE DEBERÁ SER SOMETIDO A ENDOSCOPÍA EL CUAL RESULTÓ SER EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO-DE ELECCIÓN.
- 3.- EN LA ENFERMEDAD PRIMARIA LA LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE FUE LA PRIMERA PORCIÓN DEL DUODENO, Y EN LA SECUNDARIA LA GÁSTRICA.
- 4.- EN NUESTROS PACIENTES LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO CON BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES H₂, HA SIDO-SATISFACTORIA, POR LO QUE DEBERÁN ESTANDARIZARSE ESQUEMAS DE MANEJO. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SE LIMITARÁ A LOS CASOS DE URGENCIA CON SANGRADO MASIVO O -PERFORACIÓN Y, TAMBIÉN A LOS CASOS CON RECURRENCIA A PESAR DEL MANEJO MÉDICO ADECUADO Y DE REPETICIÓN.

- 5.- EN LOS POCOS PACIENTES CON ÚLCERA PRIMARIA QUE TUVIERON UN SEGUIMIENTO ADECUADO, PRESENTARON RECURRENCIA EN FORMA SIGNIFICATIVA, LO CUAL PLANTEA LA NECESIDAD QUE EN LO SUCESIVO SEA MEJOR.
- 6.- LA ENFERMEDAD SECUNDARIA TIENE UN ALTO GRADO DE MORTALIDAD, PERO GENERALMENTE DEBIDO A LA ENFERMEDAD SUBYACENTE, EN LA PRIMARIA ES BAJO.

8.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- NORD SK.- PEPTIC ULCER DISEASE IN THE PEDIATRIC POPULATION, PED. CLIN. N. AM. 1988;35: 117-40
- 2.- SPIRO HM: CLINICAL GASTROENTEROLOGY, 2ND. NEW YORK: MAC MILLAN PUBLISHING CO. INC. 1980. 226-266
- 3.- HOLDER TM, ASHCRAFT KW: PEDIATRIC SURGERY, W.B. -- SAUNDERS COMPANY, 1980, 359-360
- 4.- TAYLOR IL, CALAN J, ROTTER JJ, Y COL. FAMILY STUDIES OF HYPERGASTRINEMIC, HYPERPEPSINOGENIC I DUODENAL ULCER. ANN. INT. MED; 1981;95:421-425
- 5.- TAM PK, SAING H. GASTRIC ACID SECRETION AND EMPTYING RATES IN CHILDRENS WITH DUODENAL ULCER, J.- PEDIATRIC SURS. 1986; 21:129-131.
- 6.- ROSENLUUD ML, KOOP CE. DIAGNOSIS AND TREATMENT DUODENAL ULCER IN CHILDHOOD. PEDIATRICS 1970;45:283-286
- 7.- DRUMM B, RHOADES M, STRINGER D, SHERMAN P, ELLIS L, DURIE P. PEPTIC ULCER DISEASE IN CHILDREN: ETIOLOGY, CLINICAL FINDINGS AND CLINICAL COURSE. PEDIATRICS 1988;82:410-444
- 8.- OBERDA G, ANSALDI N. PEPTIC ULCERS IN CHILDHOOD. - LANCET 1988;302-303
- 9.- PURI P, BOYD E, BLAKE N, GUINEY EJ. DUODENAL ULCER A CONTINUING DISEASE IN ADULT LIFE. J PAEDIATR. -- SURG. 1978;13:525-527,

10. -MARSHALL BJ, WARREN JR, UNIDENTIFIED CURVED BACILLI IN THE STOMACH OF PATIENTS WITH GASTRITIS AND PEPTIC ULCERATION, LANCET 1984;1-1311-1315
11. -BUCK GE, GOURLEY WK, SUBRAMANYAN K, LATIMER JM, DI NUZZO AR, RELATION OF CAMPYLOBACTER PYLORIDIS TO GASTRITIS AND PEPTIC ULCER, J. INFECT. DIS 1986; -153:664-669.
12. -CZINN SJ, DAHNS BB, JACOBS GH, KAPLAN B, ROTHSTEIN FC, CAMPYLOBACTER-LIKE ORGANISMS IN ASSOCIATION -- WITH SYMPTOMATIC GASTRIS IN CHILDREN, J. PEDIAT. - 1986;109: 80-83
13. -Dwyer B, NAXONS S KALDOR J Y COL, ANTIBODY RESPONSE TO CAMPYLOBACTER PYLORI IN A ETHNIC LAKING PEPTIC ULCERATION, SCAND J. INFECT DIS, 1988;20:63-68
14. -KALDOR J, TEE W Mc, CARTHY P, WATSON J, DWYER B. - IMMUNE RESPONSE TO CAMPYLOBACTER IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCERATION. LANCET 1985;
15. -TAM PH, SAING H LAU JT, DIAGNOSIS OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN PAST AND PRESENT J. PEDIATR. SURG -- 1986;21:15-16
16. -COLLINS Js, GLASSOW Ft, TROUTON TG, Mc, FARLAND RJ, TWENTY YEAR REVIEW OF DUODENAL ULCER, ARCH. DIS, CHILD 1986;61:407-408,
17. -SCOTT B HUTSON JM, PEPTIC ULCERATION IN LEUKAEMIA AUST PAEDIATR J 1987;23:115-116.

- 18.- ROSS AJ, SIEGEL RK, BELL W, TEMPLETON JM, SCHAUFER L, BISHOP HC MASSIVE GASTROINTESTINAL HEMORRAGE IN CHILDREN WITH POSTERIOR FOSSA TUMORS J. PEDIATR SURS 1987;22:663-636
- 19.-MURPHY MS, EASTHAM EJ, JIMENEZ M, NELSON R, JACKSON RH DUODENAL ULCERATION: REVIEW OF 110 CASES ARCH. DIS CHILD 1987;62:554-558.
- 20.-DUODENAL ULCERS IN CHILDHOOD LANCET 1987:891-892
- 21.-JOHNSON D L'HEUREUX P, THOMPSON T, PEPTIC ULCER DISEASE IN EARLY INFANCY: CLINICAL PRESENTATION AND ROENTGENOGRAFIC FEATURES, ACTA PAEDIATR SCAND 1980;69:753-760
- 22.-KUMAR D, SPITZ L, PEPTIC ULCERATION IN CHILDREN - SURG, GINECOL,OBST.1984;159:63-66
- 23.-COX K, AMENT ME, UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDINGS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS PEDIATRICS 1979;63 -- 408-413
- 24.-HAYDEN CK, SWISCHUK LE, RYTTINGS JE, GASTRIC ULCER DISEASE IN INFANTS US FINDING, RADIOLOGY --- 1987;164:131-134
- 25.-BLUMER JL, ROTHSTEIN FC, KAPLAN BS Y COLS. ---- PHARMACOKINETIC DETERMINATION OF RANITIDINE IN PEDIATRIC ULCER DISEASE, J. PEDIATR 1985;107:301-306
- 26.-LEEDER JS, BRILL-EDWARDS M, CHIN T, TESORO A, MACLEOD SM,PHARMACOKINETICS OF RANITIDINE IN PEDIATRIC PATIENTS ACTA PHARM, TOX 1986;59:79

27.- LÓPEZ HJ, ALBAJARA VL, CODECEO R, DELGADO DM,
JIMÉNEZ E, RUZA Tf, RANITIDINE PROFILAXIS IN
ACUTE GASTRIC MUCOSAL DAMAGE IN CRITICALLY ILL
PEDIATRIC PATIENTS CRIT CARE MED. 1988;16: --
591-593.

FIGURAS

FIGURA No. 1

ULCERA GASTRODUODENAL EN EL NIÑO
REVISIÓN DE 10 AÑOS (1978-1988)

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

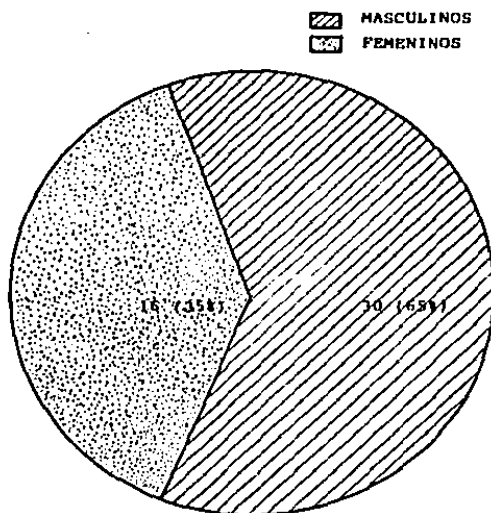


FIGURA No. 2

DISTRIBUCION DE CASOS DE LA ENFERMEDAD
PRIMARIA Y SECUNDARIA DE ACUERDO A SEXO

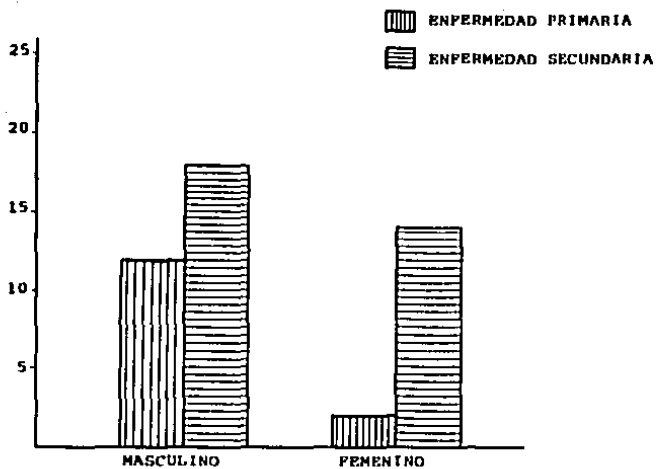


FIGURA No. 3

DISTRIBUCION DE LOS CASOS
POR GRUPOS DE EDAD

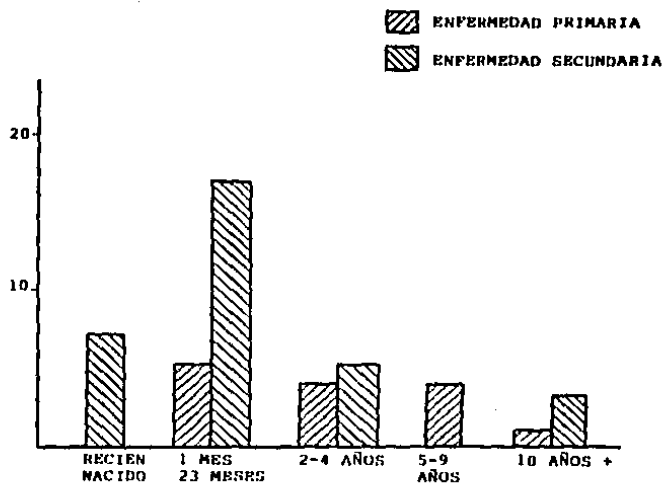


FIGURA No. 4

LOCALIZACION DE LA ULCERA
ENFERMEDAD PRIMARIA

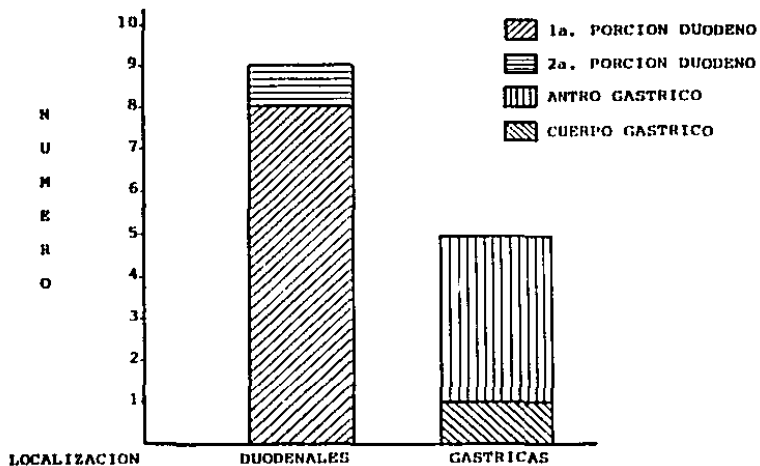


FIGURA No. 5

MANIFESTACIONES CLINICAS

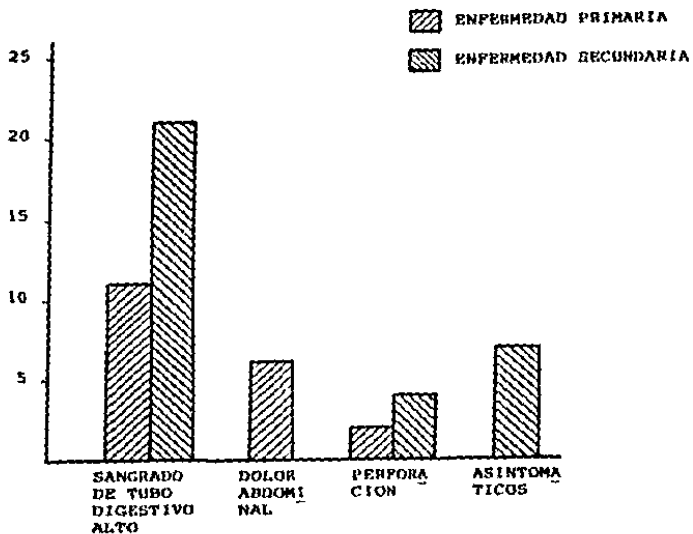


FIGURA No. 6

METODOS DIAGNOSTICOS EN LOS CASOS DE
ULCERA GASTRODUODENAL

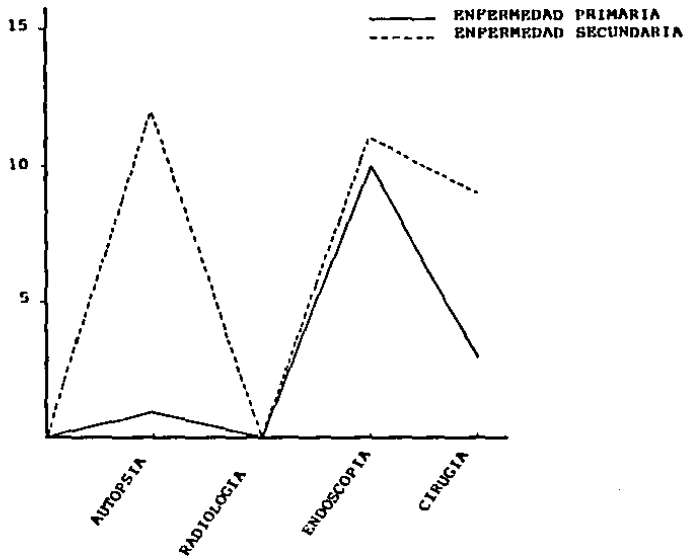


FIGURA No. 7

LOCALIZACION DE LA LESION
ENFERMEDAD SECUNDARIA

